

Comportement à risques et maladies cardio-vasculaires: Comment infléchir le cours de choses

Prof. A-M Etienne (Psychologie de la santé),
J-M Krzesinski (Néphrologie) et
J-F André (Médecine Générale)
ULg

Plan de la soirée

- Introduction : MCV et Facteurs de risque JMK
- Vidéo d'un entretien sur les FR: JF André
- Discussion sur la qualité de la relation établie: AME
- Comment stimuler l'adhésion à un changement : AME
- Discussion générale: JF André et JMK
- Conclusions : JMK

Facteur de risque

- Se rapporte à n'importe quel attribut, caractéristique ou exposition d'un individu qui augmente la probabilité de développer une maladie non-transmissible.
- Il y a les FR non modifiables et ceux que l'on pourrait modifier.
- 70% des MCV sont explicables par quelques FR

Concept of cardiovascular “risk factors”

Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease—
Six-Year Follow-up Experience

The Framingham Study

WILLIAM B. KANNEL, M.D., THOMAS R. DAWBER, M.D., F.A.C.P.,
ABRAHAM KAGAN, M.D., F.A.C.P., NICHOLAS REVOTSKIE, M.D.,
AND JOSEPH STOKES, III, M.D.
Framingham, Massachusetts

Age, sex, hypertension, hyperlipidemia, smoking, diabetes, (family history), (obesity)

Kannel et al, Ann Intern Med 1961

Harrison's

Principles of Internal Medicine

Wintrobe
Thorn
Adams
Bennett
Braunwald
Isselbacher
Petersdorf

37 ELEVATION OF ARTERIAL PRESSURE

*Karl Engleman and
Eugene Braunwald*

Systolic hypertension in the presence of a normal or reduced diastolic pressure is rarely considered to be responsible for organ damage, but usually reflects other pathologic processes.

1962

Sixth Edition

SEPTEMBER 1989

\$2.50 / \$2.95 (Can.)

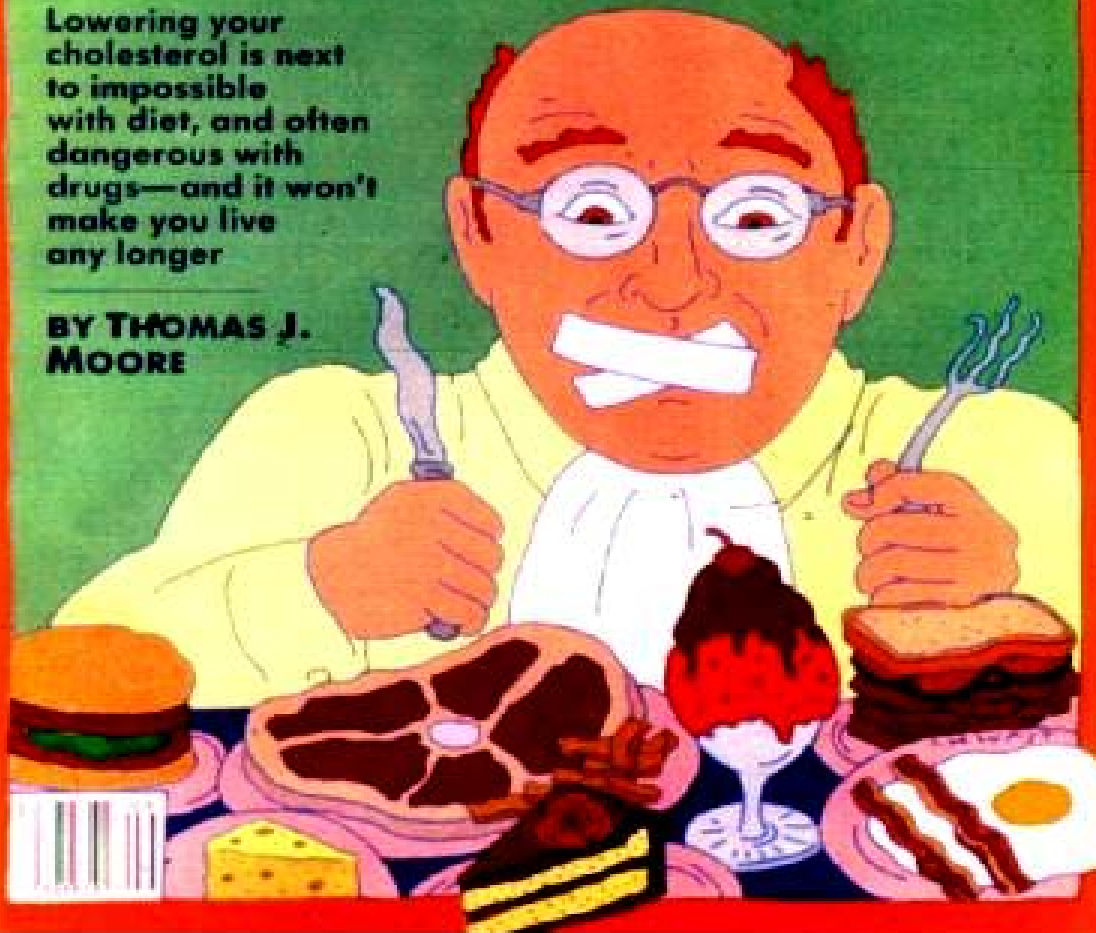
The Atlantic

A VERMONT WEEKEND / NEW YORK'S SCARY "GOOD" PUBLIC HOUSING

THE CHOLESTEROL MYTH

Lowering your cholesterol is next to impossible with diet, and often dangerous with drugs—and it won't make you live any longer

BY THOMAS J. MOORE



Doubts about
cholesterol as late
as 1989

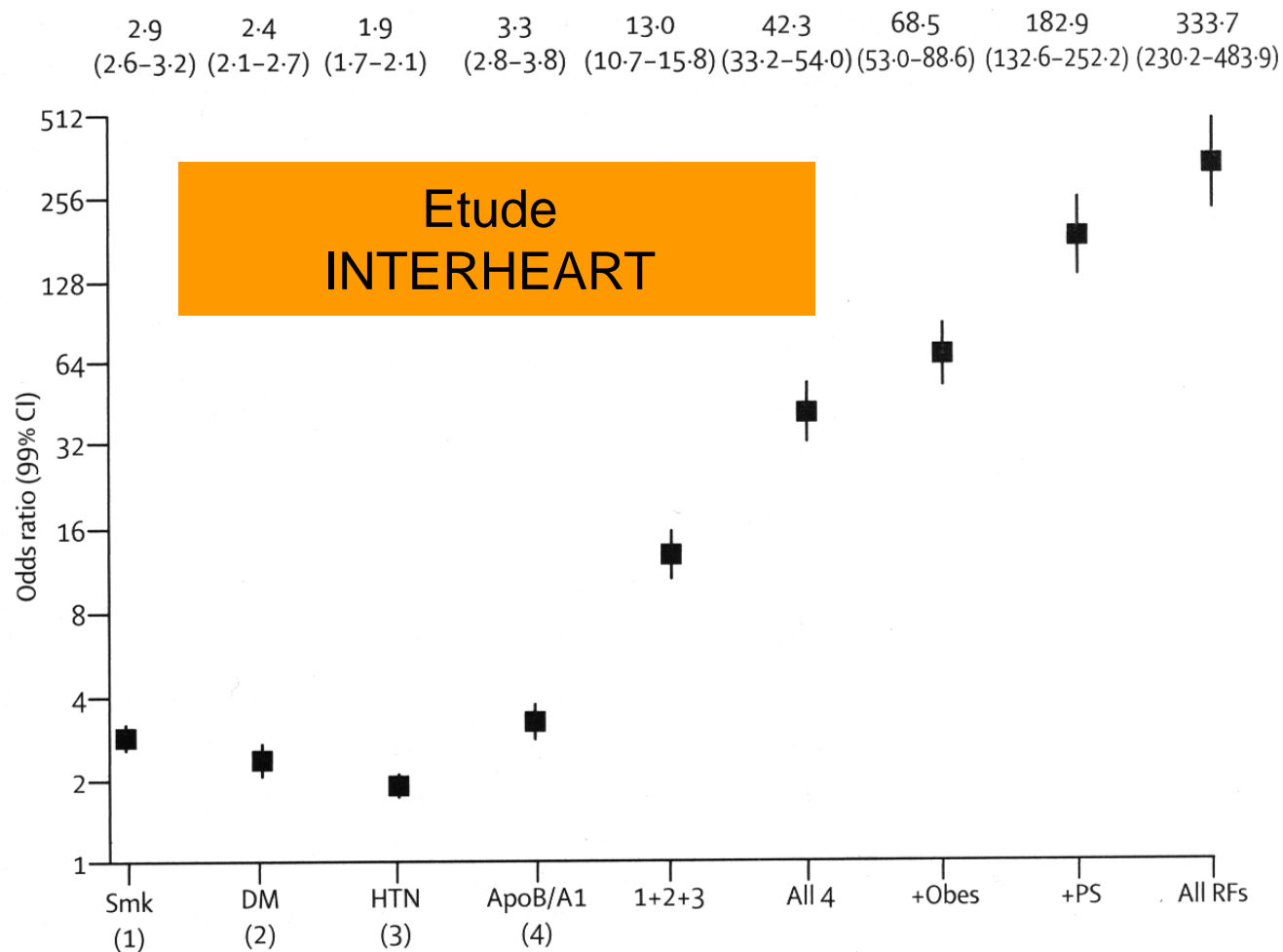
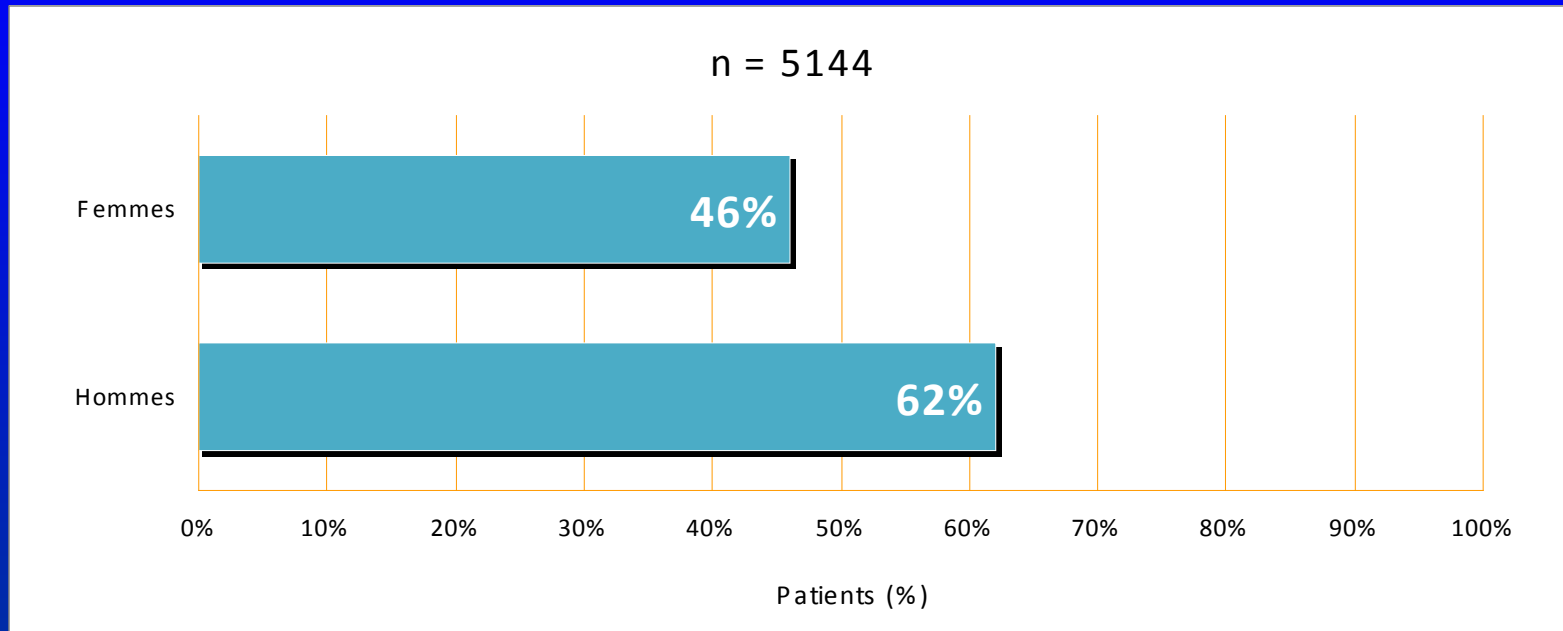


Figure 2: Risk of acute myocardial infarction associated with exposure to multiple risk factors

Smk=smoking. DM=diabetes mellitus. HTN=hypertension. Obes=abdominal obesity. PS=psychosocial. RF=risk factors. Note the doubling scale on the y axis. The odds ratios are based on current vs never smoking, top vs lowest tertile for abdominal obesity, and top vs lowest quintile for ApoB/ApoA1. If these three are substituted by current and former smoking, top two tertiles for abdominal obesity and top four quintiles for ApoB/ApoA1, then the odds ratio for the combined risk factor is 129.20 (99% CI 90.24-184.99).

L'approche préventive des maladies cardiovasculaires est-elle importante en pratique clinique ?

- IM ou mort subite comme premier signe de maladie coronarienne



Point capital dans la prise de conscience de notre qualité de prise en charge:

- La grande majorité des accidents coronariens fatals se produisent **EN DEHORS** de l'hôpital, et ce surtout pour les sujets entre 35 et 54 ans!
(Dudas et al *Circulation* 2010, suivi de 1991 à 2006, étude suédo-australienne)
- 80% des accidents coronariens chez le sujet < 55 ans surviennent dans un ciel « serein »!

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JUNE 10, 2010

VOL. 362 NO. 23

Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction

Robert W. Yeh, M.D., Stephen Sidney, M.D., M.P.H., Malini Chandra, M.B.A., Michael Sorel, M.P.H.,
Joseph V. Selby, M.D., M.P.H., and Alan S. Go, M.D.

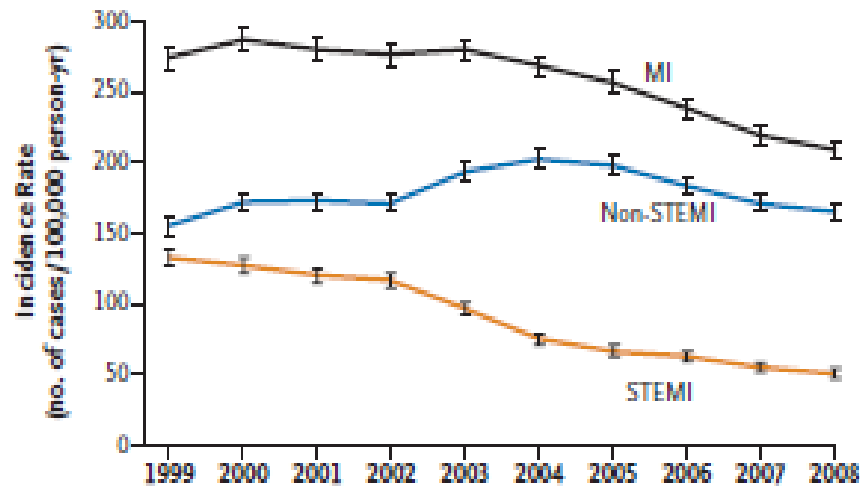
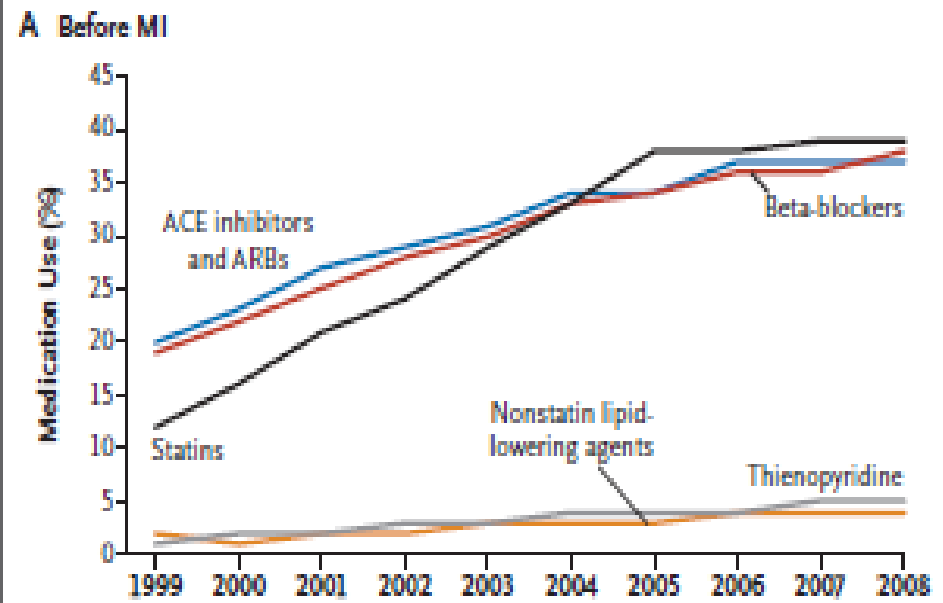


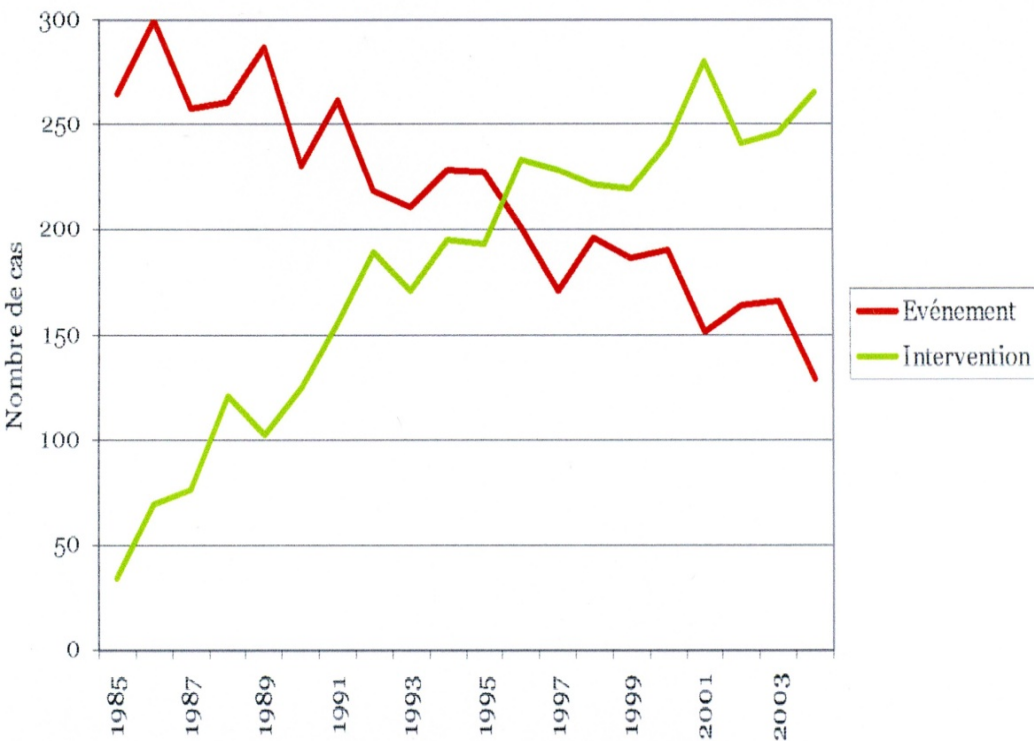
Figure 1. Age- and Sex-Adjusted Incidence Rates of Acute Myocardial Infarction, 1999 to 2008.

I bars represent 95% confidence intervals. MI denotes myocardial infarction, and STEMI ST-segment elevation myocardial infarction.

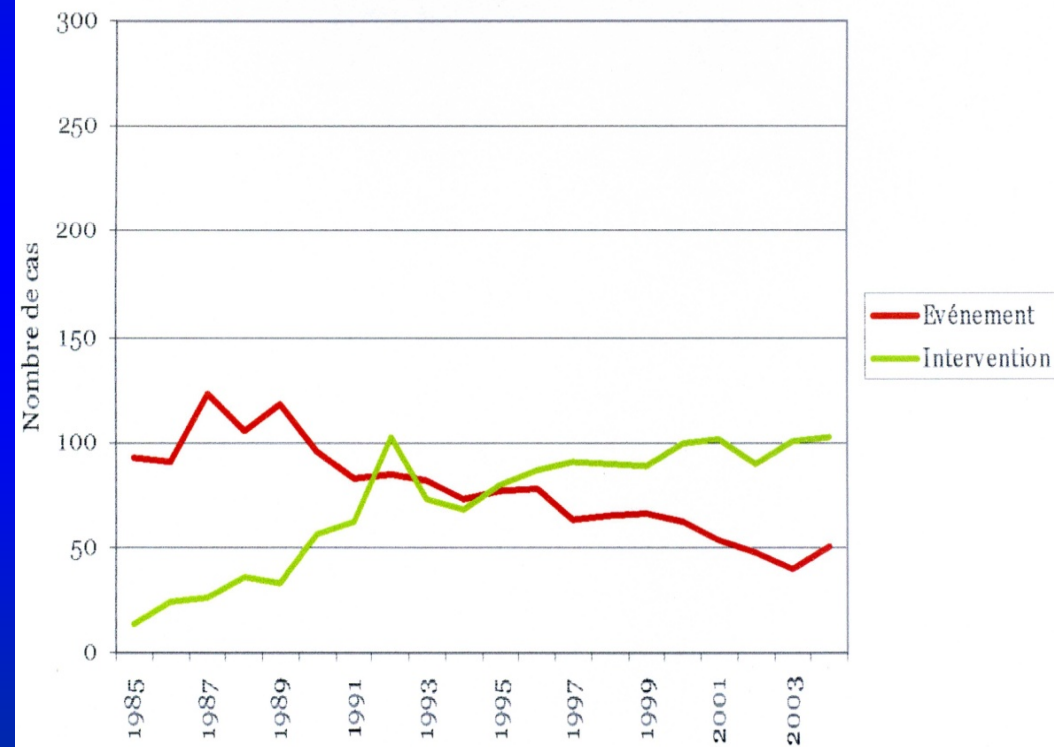


MONICA- BELLUX register

Mode d'entrée dans la maladie, 1985-2004 - Hommes

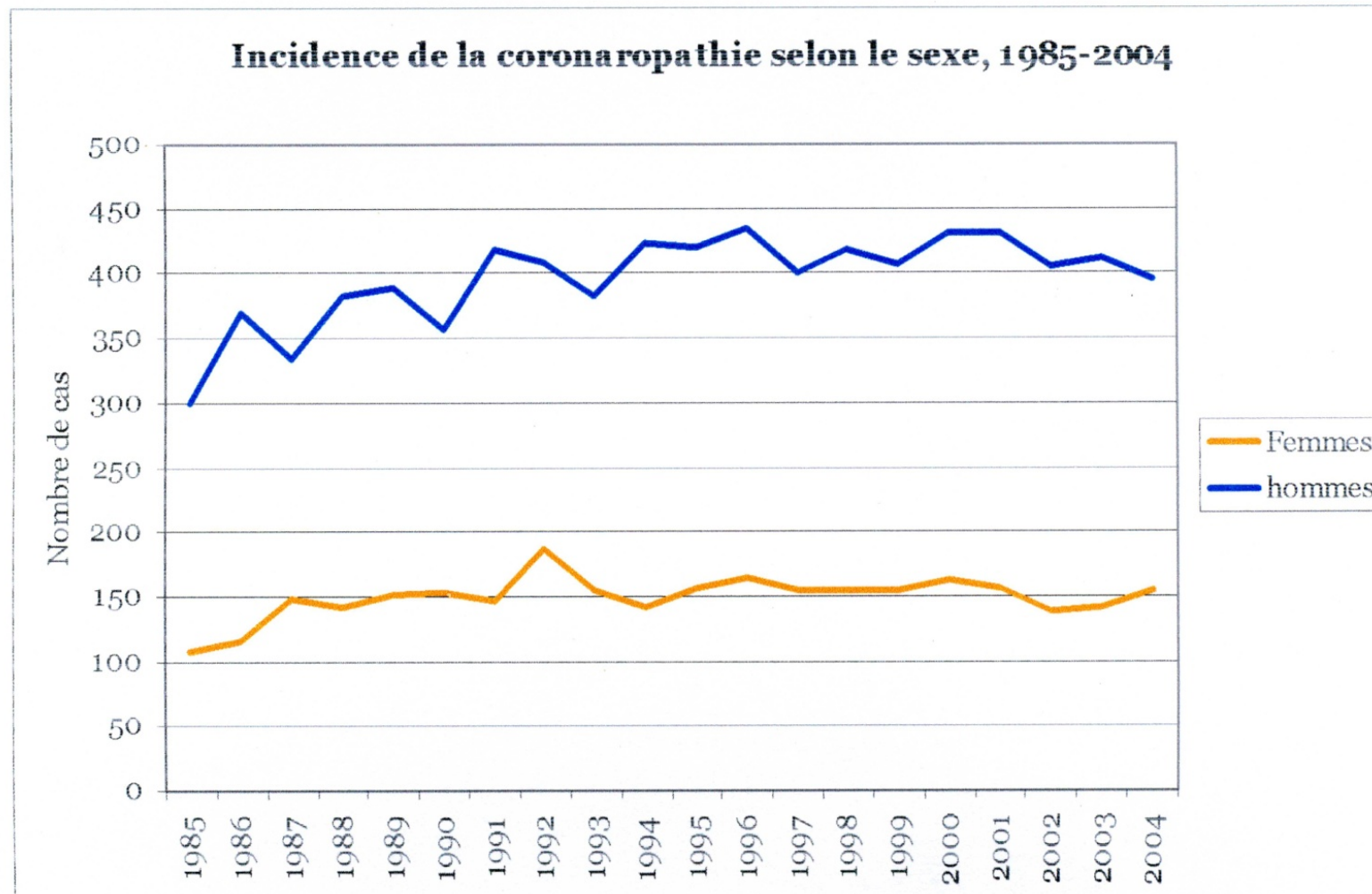


Mode d'entrée dans la maladie, 1985-2004 - Femmes



Trends in infarcts and interventions

Nombre d'entrées par - événement : **5.863** (54%)
- intervention : **5.042** (46%)



Soit **10.905** entrées dans l'incidence entre 35 et 74 ans.

MONICA- BelLux

Paradoxe:

- Il y a une légère tendance à la réduction des ECV sur 20 ans d'observation: il y a eu moins d'infarctus mais beaucoup plus d'angioplastie.
- La maladie coronaire et sa létalité ne fléchissent pas!

Défi:

- Il y a un échec d'identification des sujets à risque et la persistance d'une prise en charge incomplète!
- Nécessité d'un changement de comportement!

Managing cardiovascular risk: reality vs. perception

Leif R. Erhardt*

European Heart Journal Supplements (2005)

Clinical practice guidelines attempt to bridge the gap between the generation of scientific evidence and its application. For cardiovascular risk reduction, the implementation of knowledge into practice, both with respect to lifestyle change and pharmacological treatment, has been shown to be poor. There are several reasons for this 'guidelines gap', with physician factors including insufficient time and underestimation of a patient's cardiovascular risk and patient factors including lack of adherence to lifestyle modification and lack of awareness about cardiovascular risk. Survey data indicate that physicians believe that they are implementing guidelines, but the majority of patients remains undertreated. There is a need for better physician and patient education and also for simplified guidelines to encourage their use by physicians. Cardiologists should work with primary care physicians to adapt national guidelines to ensure local acceptance.

Managing cardiovascular risk: reality vs. perception

European Heart Journal Supplements (2005)

Leif R. Erhardt*

Physician barriers:

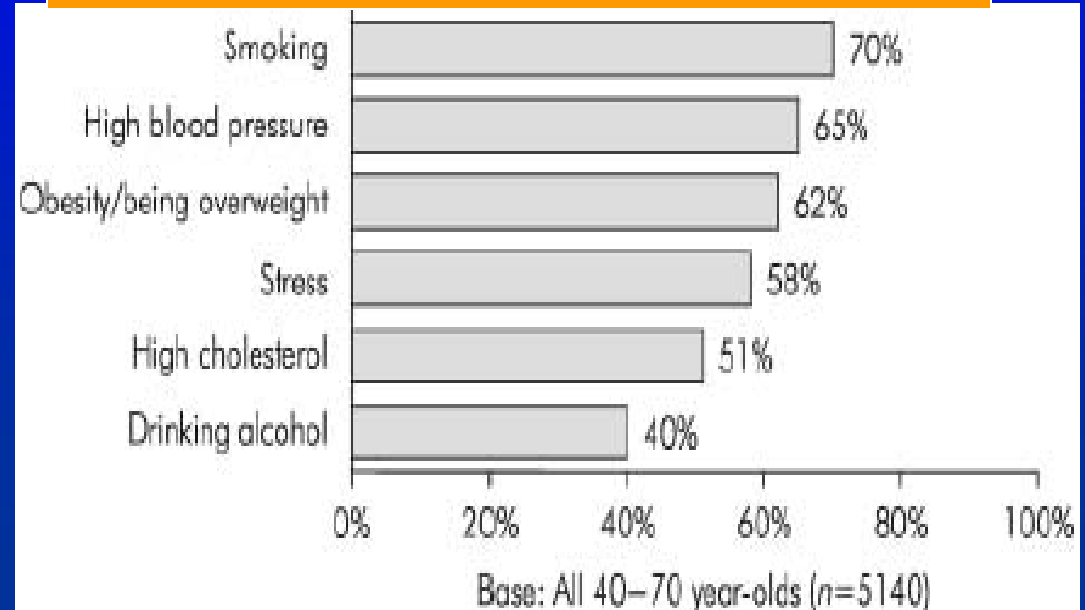
- lack of awareness, familiarity, and agreement;
- low motivation and/or outcome expectancy;
- inability to reconcile guidelines with patient preferences;
- insufficient time and/or resource.

Patient barriers:

- lack of awareness and understanding;
- limited access to care;
- low level of compliance; reluctance to take life-long medication;
- lack of adherence to lifestyle modifications.

92% des médecins pensent que les patients savent que le cholestérol élevé est un FR de coronaropathie

Connaissance des FR par le patient





Les changements de comportement : comment le médecin en parle-t-il?

Vidéo

Observations (1, 2, 3)

- Dans cet échange de type communication avec le patient, quels sont
 - les points forts du médecin?
 - les points faibles du médecin?

Première discussion : dialogue

- Eviter d'inquiéter
- Ne pas bloquer la relation par un geste de relative mauvaise humeur
- Etre attentif au non verbal



Deuxième discussion : dialogue / implémentation

- Informer \neq Surcharger d'informations
- Informer \neq Médicaliser
- Expliquer \neq Convaincre



Troisième discussion : implémentation

- Ne pas inquiéter \neq réassurer
- Réassurer ne permet pas toujours le changement

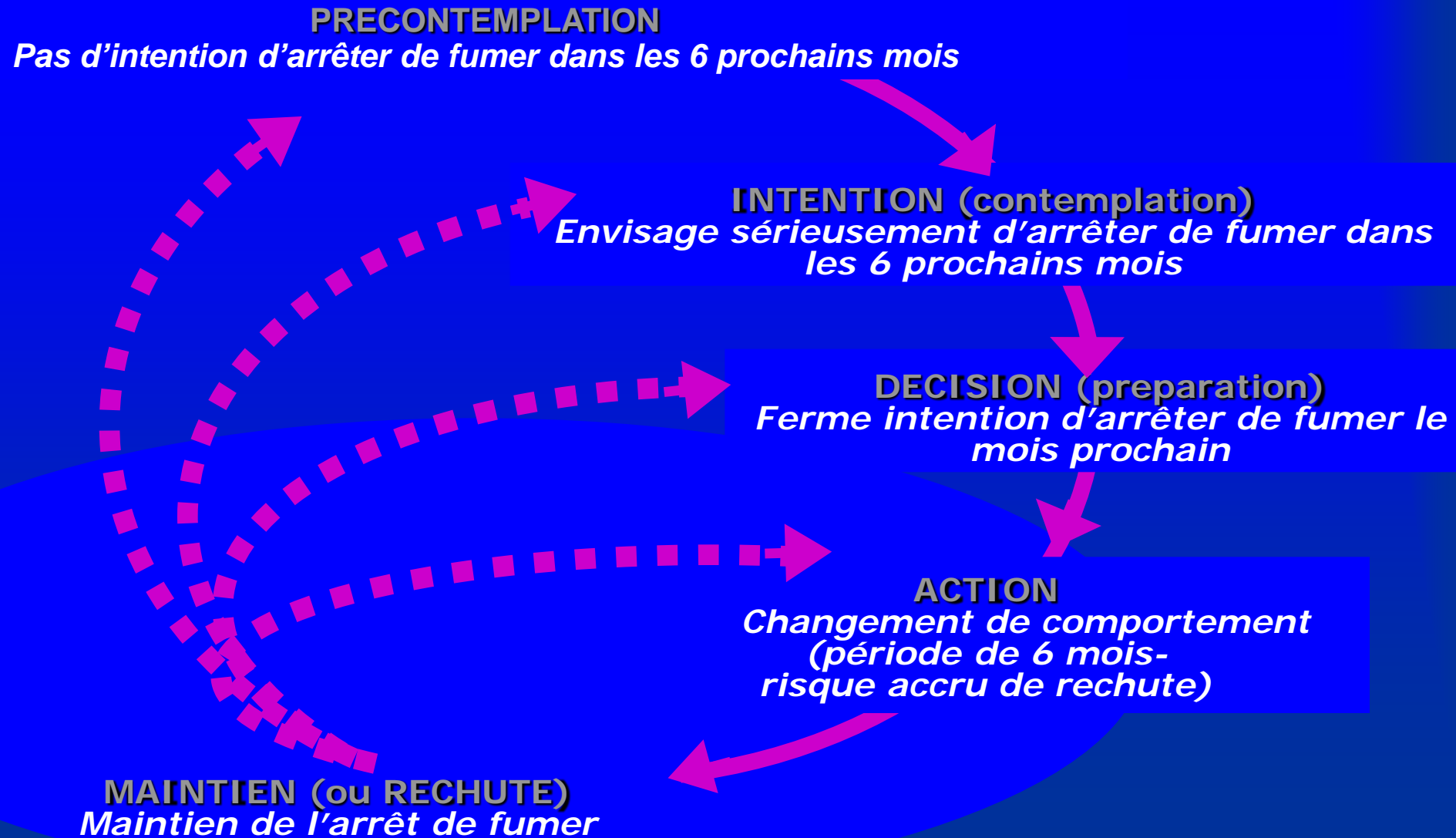


Comment percevoir les attentes du patient?

Identifier la résistance


- Comportement observable
- Résulte de **l'interaction** entre le patient et le professionnel
- Trouve sa source dans
 - Le refus de perte de liberté
 - La peur du changement
 - Le désaccord
 - L'inadéquation entre la stratégie du professionnel et le stade de changement du patient

Les stades du changement, par exemple dans le processus de cessation tabagique



Comment percevoir les attentes du patient?

Faire prendre conscience de l'ambivalence

- Avoir des sentiments contradictoires par rapport à une même chose
- Normale
-  Manque de motivation
- Phénomène que le patient doit résoudre pour aller vers le changement

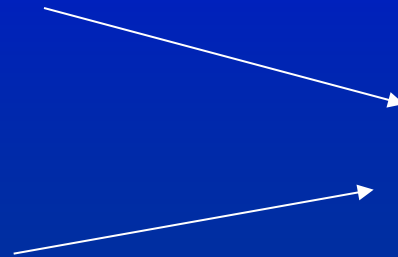
Disposition au changement



IMPORTANCE

CONFIANCE

CHANGEMENT



Comment motiver le changement?

Exprimer de l'empathie

Développer la divergence pour résoudre l'ambivalence

Rouler avec la résistance, ne pas convaincre

Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : identifier et cultiver les ressources du patient, croire en lui.

L'entretien motivationnel

est un style d'entretien, directif *, centré
sur le patient, utilisée pour aider le
patient à trouver **ses propres**
motivations au changement en
explorant son ambivalence.

Renforcer l'engagement face au changement

- Rappeler la liberté de choix au patient
- Reconnaître quand le patient est prêt à passer à l'action
- Dresser un plan très précis afin de maximaliser la réussite : quand, comment, où, ...
- Tester les capacités « cognitives » de la personne à se projeter dans la réalisation de ce comportement
- Augmenter le réservoir des stratégies comportementales, émotionnelles et cognitives du patient (évoquer les alternatives : technique du brainstorming)
- ...

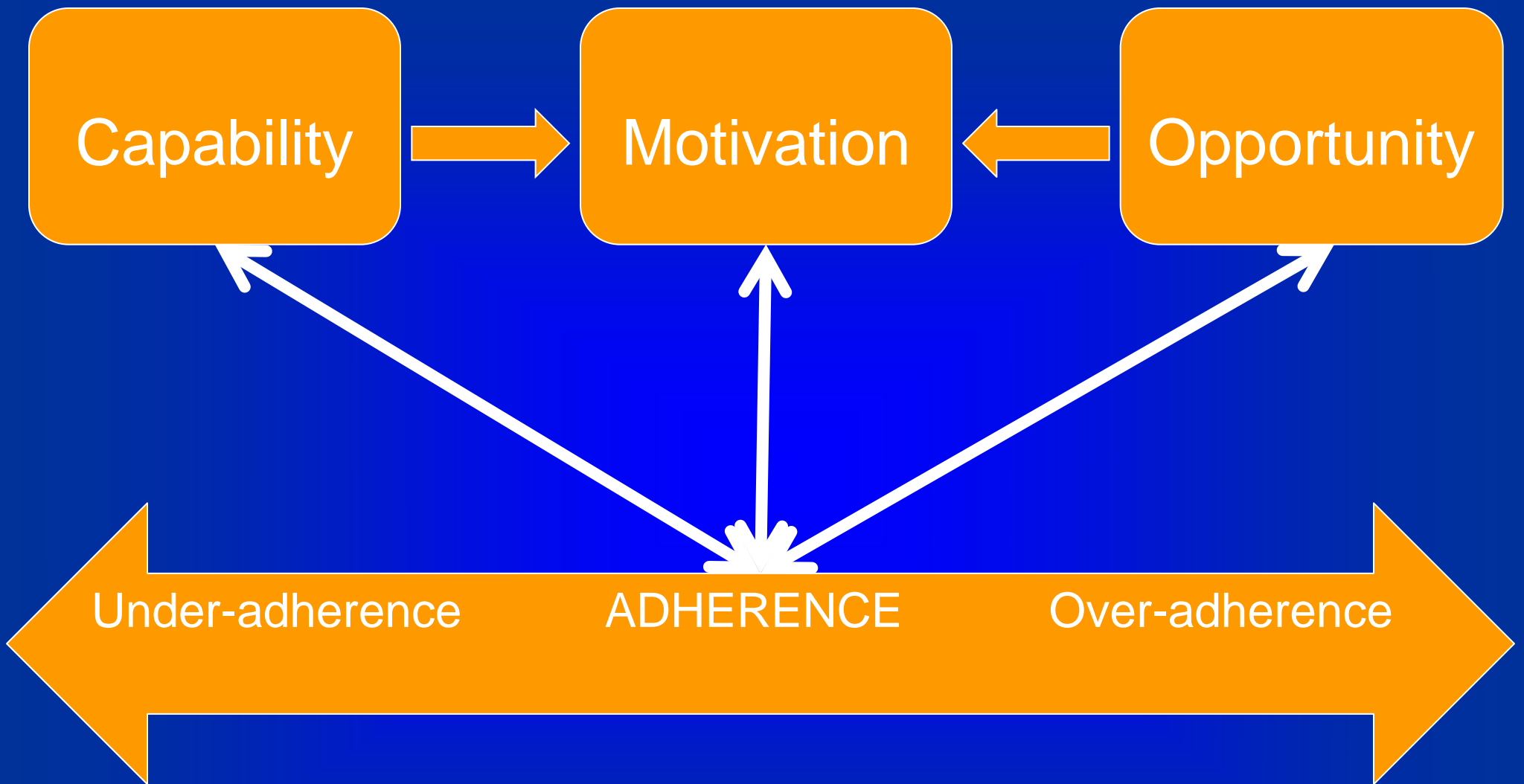


Figure 1. Application of COM-B to adherence
(Jackson, Eliasson, Barber & Weinman (2014), Ehp, 16(1), 1-11

JF André et JM Krz

- Discussion générale

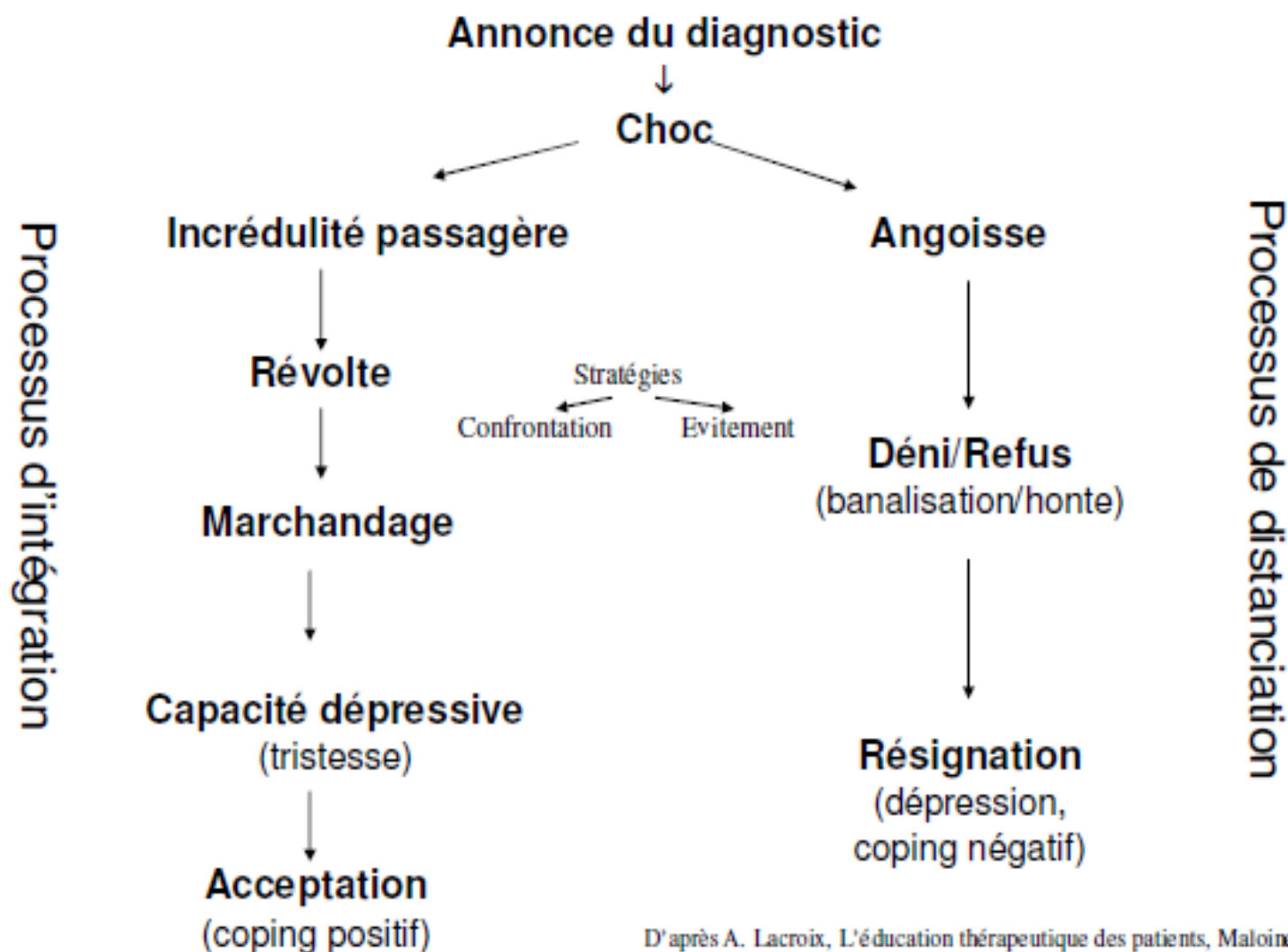
Relation médecin-patient

- **Maladie aiguë**: le médecin est l'acteur principal, le patient, souffrant, accepte le plus souvent. L'intervention est de courte durée, les plaintes sont grandes et le soulagement rapide espéré. (**relation adulte/enfant**)
- **Identification de FR de Maladies chroniques**: le patient doit être l'acteur principal, il est asymptomatique, il doit changer son comportement pour le long terme sans espoir de retour en arrière sous peine d'annuler tous les efforts. (**relation adulte/adulte, alliance thérapeutique**)
- Connaître les attentes du patient est capital!

Changement de paradigme

- Le Patient souvent asymptomatique face à un risque est l'acteur principal dans la gestion des FR et des maladies chroniques
- Le médecin est le coach ou le metteur en scène.
- Il doit permettre au patient de s'exprimer et d'accepter un changement après une période de réflexion.

Acceptation ou Résignation



Consultation d'annonce positive

- **Choc** initial (stupeur): le laisser s'exprimer, l'encourager, le sécuriser
- **Incrédulité** et anxiété (défense): soutenir,
- **Révolte** (injustice): empathie et compréhension
- **Marchandage** (recherche d'accommodements): négocier,
- **Tristesse** (méditation du changement): empathie,
- **Acceptation** (implication active, équilibre retrouvé)

Consultation d'annonce positive

- La qualité de la communication joue un rôle déterminant.
- Établir une relation de confiance: pas à la première visite.
- Ce que nous disons est-il compréhensible?
- Le patient doit pouvoir poser des questions et ensuite choisir, il doit acquérir de l'autonomie, ce qui nécessite une éducation.
- Il faut sentir quand on peut agir.

Si identification de FRCV, nécessité d'une éducation du patient

- Augmenter son autonomie par une bonne information, connaître ses attentes et craintes, promouvoir le changement des comportements en dépit d'une maladie non ressentie!
- Il faut arriver progressivement à l'arrêt du tabac, au contrôle de la tension, à une meilleure alimentation, à plus d'exercice physique et à la régularité de prise des médicaments.
- Il faut des objectifs clairs et progressifs et des encouragements et récompenses.

Pourquoi est-il difficile de changer de style de vie?

- Faible niveau socio-économique
- Isolement social
- Stress
- Emotions négatives
- Conseils complexes voire confus
- Perception d'un manque de conviction du personnel de la santé

Il faut identifier ces facteurs de résistance!

Entretien motivationnel

- Patient asymptomatique porteur d'une maladie chronique
- Se concentrer sur un point
- Face au deuil de sa bonne santé, incrédulité, ambivalence (oui mais), action dans diverses stratégies (repérer les bonnes et mauvaises choses dans le comportement, évoquer le changement à venir, que peut-on y gagner)
- Eviter la confrontation
- Suivre les 4 E : Ecouter, Explorer les motivations, Encourager l'optimisme, Eviter le réflexe correcteur
- Poser des questions ouvertes (réponse différente de oui et non), Valoriser, Soutenir
- Ecouter de façon réfléchie

TENDRE L'OREILLE,

C'EST TENDRE LA MAIN.

Quelqu'un vous a-t-il écouté aujourd'hui?

FRANCIS

L'ECOUTE, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS.

Patient autonomy in chronic care: solving a paradox

G rard Reach

Patient Preference and Adherence 2014;8 15–24

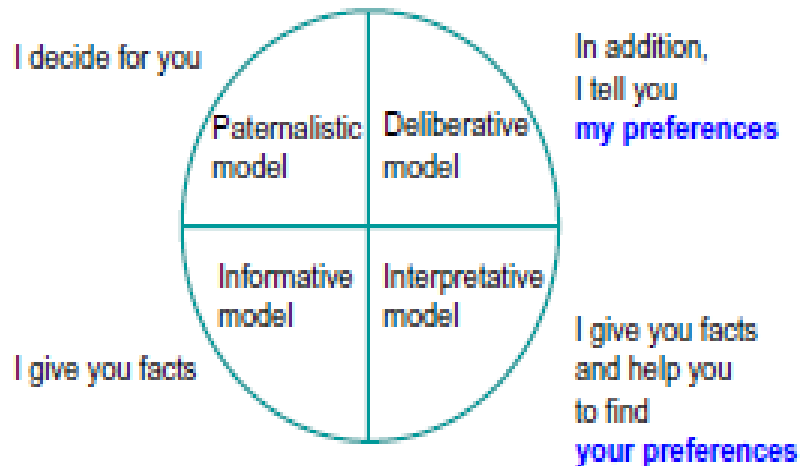


Figure 2 Four models of the physician–patient relationship, definitions from Emanuel and Emanuel.¹⁸

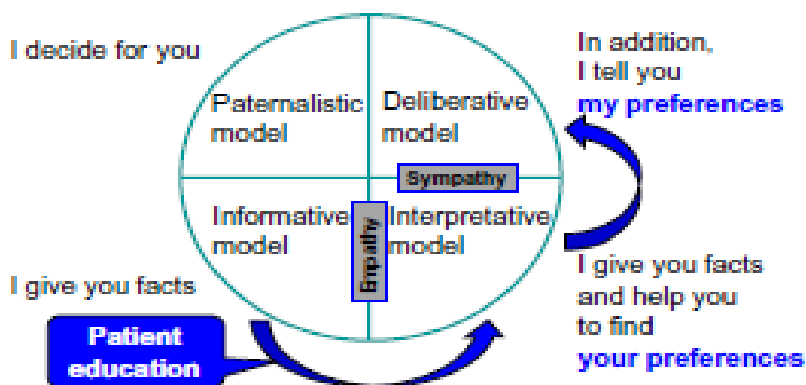


Figure 3 A model of care in chronic diseases: patient education as an ethical pathway. A definition of patient education: patient education is the empowering process that in chronic care not only provides information to the patients but also leads them to an interpretation of their own preferences and a deliberation between their, and the HCP's, preferences.

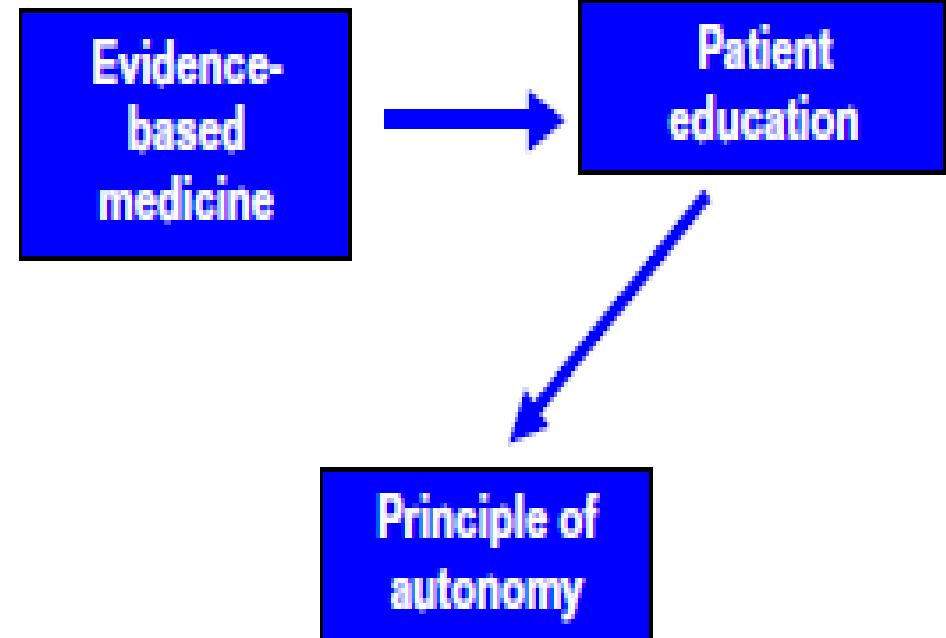


Figure 4 Solving the paradox: patient education promotes patient's autonomy.

Acquisition d'un
Savoir (conna tre),
Savoir-faire (comp tence),
Savoir  tre (ma trise des
 v nements)

Références

- DiClemente, C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.V., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation : An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.
- Jackson, Ch., Eliasson, L., Barber, N., & Weinman, J. (2014). Applying COM-B to medical adherence. A suggested framework for research and intention. *The European Health Psychologist (Ehp)*, 16(1), 1-11
- Lécallier, D., & Michaud, Ph. (2004). L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26 (2), 129-134.
- Michie, S., Hyder, N., Walia, A., & West, R. (2011) . Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 36(4) , 315-319. doi:10.1016/j.addbeh.2010.11.016
- Miller WR, Rollnick S. (2002). Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition. New York : Guilford Press.